




**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

|   |  |   |
|---|--|---|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:<br>SEVERINO RODRIGUEZ AVILA NIVEL II  |  | FECHA:<br>04 DE DICIEMBRE DE 2015   |
| <br>* 04 DIC 2015 *<br><b>PAGADO</b><br>SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES   |  | IMPORTE:<br>\$140.20  |
| UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br>DEPARTAMENTO DE ARCHIVO Y DOCUMENTACION   |  |   |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)) ENTREGA RECEPCION DE DOCUEMNTACION EN: CLINICA IXTLAHUACA, HOSPITAL REGIONAL ATLACOMULCO, OFICINA DE ATENCION A DERECHOHABIENTE ATLACOMULCO. |  |   |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER SELLO (S) DE LA (S) UNIDAD (ES) VISITADAS, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO, EN ORDEN CONSECUTIVO  |  | MODALIDAD DE TRANSPORTE<br>LZV1805  |
| <br>SEVERINO RODRIGUEZ AVILA<br>NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  |  | <br>FRANCISCO ESPINOSA MENDOZA<br>FIRMA DE AUTORIZACIÓN |

0 000 002 / 09